第2号様式　　　　　　　　　通所介護等食費助成認定申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | 131045 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 個人番号 |  |
| 住所 | 〒  　　　　　　電話番号 | | |
| 利用を予定している通所系サービス | １　通所介護(デイサービス)　　　　 　５　小規模多機能型居宅介護  ２　通所リハビリテーション(デイケア)　６　看護小規模多機能型居宅介護  ３　認知症対応型通所介護　　　　　　　７　通所介護相当サービス  ４　地域密着型通所介護（小規模デイサービス） | | |
| 利用開始年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 申請事由 | １　生活保護を受給している  ２　利用者を含む世帯全員の住民税が非課税である | | |
| 新宿区長　宛て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日上記のとおり通所介護等の食費の助成に係る認定の申請をします。  （区から居宅介護支援事業所に、被保険者の身元確認書類の写し（１点）を添付するよう周知します。）  本届出書と身元確認書類の写しをお預かりいただいた際は、これまでと同様、交換便で送付をお願いします。「区記入欄」への記入は必要ありません。  身元確認書類がない場合は、恐れ入りますが届出書の右上に「身元確認書類なし」（右上例のとおり）と記入の上、届出書のみ交換便で送付をお願いします。後日、介護保険課から居宅介護支援事業所へ電話で確認します。  また、被保険者及び下記の者は、区がこの申請に基づく事務処理のため必要があるときは、区の保有する個人情報並びに情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係の情報連携を利用すること、並びに被保険者の利用する事業者に対して、申請の結果を情報提供することに同意します。  同意する場合は、□にレを記してください。　　同意する　□ | | | |

　被保険者の同一世帯の世帯員氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 被保険者との続柄 | 生　年　月　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日  高齢者総合相談センターが介護予防支援事業所として新宿区に提出する場合、被保険者の身元確認書類の写し（１点）の添付をお願いします（写真をプリントアウトしたものでも可）。  ・介護保険被保険者証（原本の添付も可）  ・介護保険負担割合証  ・個人番号カード（表面のみ）  ・健康保険証（令和7年12月1日まで）  ・資格確認書（有効期限内のもの）  ・運転免許証（両面）  ・障害者手帳  ・在留カード  ・生活保護受給証明書  ・年金手帳　など |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申 請 者 　住 所

　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

区記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　　　　　　　考 | | |
| 年　　月　　日 | 認定区分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　承認・非承認  生保証明　　　あり　　　なし  世帯の課税状況  利用者本人　非課税　　課税　　同居家族　　非課税　　　課税（　　　　　　） | | |
| 適用年月日 |
| 年　　月　　日 |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日 |
| 番号確認 | | 代行・代理人の身元確認 | 代理権・被保険者の身元確認 |
| ・個人番号カード  ・通知カード  ・その他（　　　　　　　　） | | ・個人番号カード　　 ・運転免許証  ・医療保険被保険者証　・介護支援専門員証  ・その他（　　　　　　　　　　　　） | ・委任状　　　　　　　・介護保険被保険者証  ・介護保険負担割合証　・健康保険被保険者証  ・資格確認書  ・その他（　　　　　　　　） |